**太枠内を記入しＦＡＸで請求してください**

別 紙

（送付文不要　ＦＡＸ番号：０２５－２８４－２８８１）

公立学校共済組合新潟支部　健康管理係　行

年　　月　　日

特定保健指導利用券等請求書

公立学校共済組合新潟支部長　様

私に案内のあった特定保健指導について、「特定保健指導実施検診機関一覧表」に記載の検診機関等での利用を希望しますので、利用券を送付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 組合員番号 |  |
| 所　属　名 |  |
| 特定保健指導利用区分 | ※利用区分「Ａ」を選択する場合、本請求書を令和５年12月31日（日）までに提出してください。 |